

Indique con una cruz el servicio de salud contratado.


PMI MONOTRIBUTO

PMI MONOTRIBUTO SOLTERO
INFORMACIÓN

- 1. EL SERVICIO DE SALUD:** se brinda por un año y se prorroga por igual periodo si ninguna de las partes comunica lo contrario.
- 2. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE SALUD:** se aplicarán según lo establecido en el Anexo de Cobertura.
- 3. COSEGUROS:** se aplicarán según lo establecido en el Anexo de Cobertura. Serán generados por nuestra Administración e imputados en la Cuenta Corriente del Socio una vez liquidados los consumos correspondientes.
- 4. ACCESO PROGRESIVO A LA COBERTURA:** aquellas prestaciones que se encuentren incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) no tendrán carencia. Para el resto de las prestaciones, el acceso a la cobertura será de acuerdo al tiempo establecido en el Anexo de Cobertura.
- 5. PREEXISTENCIAS:** cuando al momento del ingreso del Socio a la Mutual o dentro del periodo de plazos de patologías determinado por la Superintendencia de Servicios de Salud, haya situaciones de preexistencias de carácter temporal, crónica o de alto costo y baja incidencia, según el Artículo 10 del Decreto 1993/11, se aplicarán valores diferenciales en los costos del Servicio de Salud. En lo que refiere a patologías temporales la cuota diferencial no se aplicará por más de tres años consecutivos.
- 6. EDAD DE INGRESO:** para poder establecer la cuota a abonar por el asociado, se tomará como referencia la edad que cumplirá el mismo durante el año que se culmina la asociación, más allá de la edad con la que se cuente al finalizar el trámite. Por ejemplo: si el asociado finaliza el trámite con 54 años de edad y en el transcurso de ese mismo año cumpliera los 55 años, el monto de la cuota a abonar será el que determine la Mutual para tal caso. Para determinar la categoría de edad de ingreso se toma como referencia la mayor edad que posea cualquier integrante del grupo familiar.

7. AJUSTES POR RANGOS ETÁREOS: de acuerdo a lo establecido en la Ley 26.682, su Decreto reglamentario y la Resolución 419/12, la Mutual podrá establecer precios diferenciales para los Servicios Prestaciones, al momento de su contratación, según franjas etáreas, a excepción para aquellos Socios que presenten más de 10 años de antigüedad en la entidad en forma continua.

8. RESCISIÓN DE CONTRATO: *de parte del Socio:* puede rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la Administración con treinta (30) días de anticipación. Asimismo, deberá remitir la/s credencial/es correspondiente/s al Servicio de Salud contratado. En caso de no recibirse la/s credencial/es y de detectarse prestaciones posteriores a la fecha de cobertura mencionada, responderá civilmente por uso indebido de las mismas, imputándole el pago del o los uso/s de la prestación. *De parte de la Mutual:* La Mutual podrá rescindir el contrato por: a) Cuando el Socio incurra, como mínimo, en la falta del pago de tres (3) cuotas consecutivas. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, la Mutual comunicará en forma fehaciente al Socio la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días. b) Por falsedad de la declaración jurada.

9. CORTE EN UNIFICACIÓN DE APORTES CON MONOTRIBUTISTAS: en caso de deshacer la unificación de aportes entre un Socio Asalariado y un Monotributista (ya sea por desvinculación del asalariado o por divorcio/disolución de concubinato), el Monotributista pasará automáticamente al Servicio de salud PMI Monotributo, respetando las condiciones y costos de contratación de dicho Servicio.

APORTES Y SERVICIOS

- Cuota Societaria:** \$1 por mes, por persona.
- Costo:** valor mensual a abonar por persona para acceso al Servicio de Salud.
- Valor para Monotributistas:** al valor del Servicio de Salud se le descontará el aporte del monotributo (por obra social) en el mes que Jerárquicos reciba dicho aporte.
- Servicio Mutua:** lo abona cada integrante del grupo familiar.
- Servicio Fondo Especial de Prótesis Internas:** abonando el titular, cubre al grupo familiar.
- Servicio de Prótesis Odontológicas (Opcional):** posee un costo para aquellos que están asociados en forma individual y otro para los que están con grupo familiar (deben adherirse todos los integrantes). La cobertura tendrá vigencia a los tres meses de aporte. No se puede dar de baja dicho Servicio.
- Servicio de Cesantía, Jubilación o Fallecimiento:** lo abona el titular y cubre al grupo familiar.
- Servicio de Interconsulta:** lo abona el titular y cubre al grupo familiar.
- Servicio de Sepelio:** abonado por Socios mayores de 10 años.
- Aporte Complementario para Servicio de Salud de Jubilados:** se aplica al Socio Titular y Cónyuge a partir de los 45 años de edad en mujeres y de los 50 en hombres. Es un aporte mensual y permanente, variable en rangos cada 5 años, no capitalizable ni reintegrable. El Socio no puede solicitar la baja del mismo ya que es de carácter obligatorio.

El valor del Costo y de cada Servicio, será el que se encuentre vigente al momento de inicio de la cobertura y podrán variar de acuerdo a los porcentajes establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Grupo Familiar: se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del Socio titular; los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral; los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta las veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del Socio titular, que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente; los hijos incapacitados y a cargo del Socio titular, mayores de veintiún (21) años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso.

NOTA: De haber modificaciones en los valores del Servicio de Salud, la Mutual Jerárquicos notificará previamente al asociado.

COMPLETAR, FIRMAR Y ENVIAR A LA ADMINISTRACIÓN POR CORREO POSTAL, FAX O CORREO ELECTRÓNICO

(LUGAR Y FECHA) de de 20.....

Quien suscribe autorizo la recolección tratamiento y/o cesión de mis datos personales en lo que refiere estrictamente al cumplimiento del presente contrato, **recibiendo en este acto copia del mismo**, y quedando notificado que en caso de darme de baja los mismos serán destruidos en el término de 12 meses. El que suscribe se notifica y da su conformidad al servicio de salud contratado.

FIRMA
ACLARACIÓN
DNI